

FR_GERICHTE 605 2024 78 vom 25. Juli 2025

FR Kantonsgericht, 2025-07-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_78

FR: FR_GERICHTE 605 2024 78 du 25 juillet 2025

IT: FR_GERICHTE 605 2024 78 del 25 luglio 2025

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 26

avril 2012 (9C_514/2011), le Tribunal fédéral a rejeté le recours déposé par l'assuré contre l'arrêt cantonal. C. Ayant entretemps déménagé dans le canton de Fribourg, le 24 mai 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison de douleurs au dos et au genou droit. Par projet de décision du 21 janvier 2019 et décision du 3 septembre 2019, l'OAI n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande, en l'absence de modification de l'état de fait rendue plausible. Par arrêt du 25 août 2020 (605 2019 261), le Tribunal cantonal fribourgeois a admis le recours interjeté par l'assuré et renvoyé la cause à l'OAI pour entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations, instruction de celle-ci, puis nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 Suite à cet arrêt, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie, de la Dre K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de L. _____, psychologue. Dans leur rapport du 14 juin 2021, ces médecins ont considéré que l'assuré était en mesure de travailler à 90% dans une activité adaptée depuis 2001-2002. Par projet de décision du 22 juillet 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations, se fondant sur un degré d'invalidité de 9.98%. Suite aux objections déposées par l'assuré et sur conseil de son Service médical régional, l'OAI a mis sur pied une nouvelle expertise. Informé de la tenue de celle-ci, l'assuré a indiqué qu'il ne se sentait pas capable de subir de tels examens. Par décision incidente du

E. 27

mai 2022, l'OAI a maintenu son intention de mettre sur pied cette expertise. Cette décision a été confirmée par le Tribunal cantonal fribourgeois dans un arrêt du 7 octobre 2022 (605 2022 91). L'expertise a été attribuée par le biais de la plateforme SuisseMED@P au Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et à la Dre N. _____, spécialiste en rhumatologie. Suite aux objections de l'assuré, l'OAI a maintenu l'expertise auprès des experts désignés par décision incidente du 17 janvier 2023. Par arrêt du 7 septembre 2023, le Tribunal cantonal fribourgeois (605 2023 30) a rejeté le recours interjeté contre cette décision. Suite à cet arrêt, l'expertise a été confiée aux médecins précités lesquels, dans leur rapport du 20 décembre 2023, concluent que l'assuré demeure en mesure de travailler à 100%, compte tenu d'une seule diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée depuis 2001. Par décision du 8 avril 2024, reprenant un nouveau projet de décision du 19 février 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations, se fondant sur un

degré d'invalidité de 19.98%, respectivement 29.84% à partir du 1er janvier 2024. D. Contre cette décision, l'assuré dépose un recours devant le Tribunal cantonal le 3 mai 2024, concluant en substance à l'octroi d'une rente d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, il conteste le montant pris en compte par l'assurance-invalidité au titre de revenu d'invalidé, se plaignant de ce que l'usage aux statistiques soit sexiste et discriminatoire, les revenus des hommes étant supérieurs à ceux des femmes. Il demande l'utilisation du calculateur national de salaire du Seco. Il soutient, en outre, qu'on ne peut attendre de lui qu'un travail à 50%, estimant au demeurant qu'il n'a aucune chance de trouver un emploi adapté dans le marché libre de l'emploi. Compte tenu d'une capacité de travail de 80%, d'une perte de rendement de 20% et d'une déduction supplémentaire de 10%, il évalue son degré d'invalidité à 64.43%. Le 22 mai 2024, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 25 juin 2024, l'OAI propose le rejet du recours. Lors d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions. Il sera fait état des arguments présentés par elles dans les considérants en droit au présent arrêt.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 en droit 1. Recevabilité A titre liminaire, force est de constater qu'il est difficile à saisir ce que conteste le recourant dans son recours. En effet, dans son mémoire du 3 mai 2024 et ses contre-observations du 9 juillet 2024, le recourant s'attache uniquement à contester le calcul du degré d'invalidité. Il ne fait, par ailleurs, pas état de griefs explicites à l'évaluation médicale de son cas, notamment à l'encontre des conclusions des experts mandatés par l'assurance-invalidité. Cependant, il déclare ne pouvoir travailler qu'à 25%. En outre, il joint également à ses écritures des articles en lien avec des problématiques médicales. Au vu du prescrit de l'art. 43 al. 1 du Code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 450.1), les écrits illisibles, inconvenants ou prolixes sont renvoyés à leur expéditeur, qui est invité à les refaire. Néanmoins, en matière d'assurances sociales, il doit être fait application de la maxime inquisitoire et de la maxime d'office (voir notamment les art. 61 let. c et d de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPG; RS 830.1). Dans ce contexte, la Cour va donc renoncer à inviter le recourant à réécrire ses mémoires de recours et de contre-observations et s'attacher à examiner la situation sous un angle global, donc également médical. Ceci relevé, la Cour constate que le recours a été interjeté en temps utile et dans la limite des formes légales auprès de l'autorité compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. Droit applicable 2.1. Dans le cadre du développement continu de l'AI, notamment la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la LPG ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2535). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas

de modification au

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009, dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). En l'occurrence, la seconde demande de prestation a été déposée le 24 mai 2018, de sorte que l'éventuel droit à des prestations d'assurance débute avant le 1er janvier 2022. Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont pas applicables. 2.2. Le 1er janvier 2024 est entrée en vigueur la modification du 18 octobre 2023 du RAI (RO 2023 635). Cette modification introduit à l'al. 3 de l'art. 26bis une déduction forfaitaire de 10% sur le revenu d'invalidé établi sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), cette déduction forfaitaire étant portée à 20% si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de 50 % ou moins. Les dispositions transitoires de la modification du 18 octobre 2023 prévoient que, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de cette modification qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70% et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20%, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification (al. 1). Lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26bis al. 3 pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement (al. 2). Dans sa lettre circulaire AI no 432 du 9 novembre 2023, l'OFAS précise que tous les droits à la rente prenant naissance avant le 1er janvier 2024 sont régis par les dispositions du RAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023. Si le droit à la rente subsiste au-delà du 31 décembre 2023, les dispositions du RAI dans sa version en vigueur au 1er janvier 2024 sont applicables à partir de cette date. L'augmentation de la rente prend alors effet au 1er janvier 2024. La lettre circulaire mentionne en outre que, si l'évaluation du taux d'invalidité sur la base des dispositions du RAI, dans sa version valable à partir du 1er janvier 2024, entraîne une modification du taux d'invalidité d'au moins 5 points de pourcentage, il y a lieu de passer au système de rentes linéaire. Demeurent réservés les cas visés à la let. b al. 2 desdites dispositions transitoires. 3. Dispositions légales applicables en matière de rente

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable

par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

3.2. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins. Selon les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 aLAI). Désormais, en vertu de l'art. 28b al. 1 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. L'al. 2 dispose que, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Selon l'al. 3, pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, l'al. 4 prévoit les quotités de la rente lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50%.

3.3. Selon l'art. 16 LPG, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

3.4. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de

l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées). L'art. 26 al. 1 RAI prescrit que le revenu sans invalidité est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable. Cependant, selon l'art. 26 al. 2 RAI, si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25, al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95 % de ces valeurs médianes. Enfin, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25, al. 3, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI).

3.5. Selon l'art. 26bis al. 1 RAI, si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui. L'al. 2 1ère phr. de cette même disposition retient que si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25, al. 3. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En revanche, l'exercice d'une activité à taux partiel ou le long éloignement du marché du travail ne sont pas des facteurs d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt TF 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989

p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du

E. 28

juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78 ss). 4. Dispositions relatives à la nouvelle demande L'art. 87 al. 3 RAI prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art. 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 5. Dispositions relatives à l'appréciation des preuves 5.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

5.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

5.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants,

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

5.4. Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux

devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 6. Examen de la capacité de travail résiduelle Est ici litigieux le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, ce qui implique, dans un premier temps, l'évaluation de sa capacité de travail (résiduelle). S'agissant d'une nouvelle demande déposée après un précédent refus de rente du 10 septembre 2007, il conviendra notamment de déterminer si le recourant peut se prévaloir d'un changement important depuis lors. Etant donné le temps écoulé, l'on partira toutefois du principe qu'un tel examen peut essentiellement se faire sur la base des rapports médicaux récoltés dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, ceux-ci à même, cas échéant, d'implicitement constater l'aggravation, respectivement l'absence d'aggravation, de l'état de santé. 6.1. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mis sur pied une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) auprès de la Dre N. _____ et du Dr M. _____ tous deux experts au sein de O. _____ (dossier OAI, doc. 266). Les deux experts se sont fondés d'abord sur les pièces du dossiers assécurologique, lesquelles sont synthétisées au début de leurs volets respectifs. Par ce biais, ils ont pu avoir une bonne connaissance de la situation du recourant, tant sur le plan médical que, de manière plus large, sur

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 les plans sociaux, économiques et familiaux. Les deux experts se sont, en outre, entretenus directement avec le recourant les 7 et 10 novembre 2023. A ces occasions, le recourant pu décrire de manière détaillée sa situation et ses problématiques de santé. A l'experte-rhumatologue, il a ainsi décrit ses douleurs sur toute la hauteur des lombaires, irradiant jusqu'aux cervicales, depuis plus de 24 ans, ainsi qu'au deux genoux, à sa cheville droite, aux épaules et aux mains. A l'expert- psychiatre, il a mis en évidence ses problèmes financiers, la présence d'une humeur dépressive, une baisse de son estime, un sentiment de révolte et des difficultés à se concentrer. Pour leur part, les deux experts ont procédé à des examens complets, mettant en perspective certaines déclarations du recourant et les confrontant à leurs observations cliniques. Sur le plan rhumatologique, l'experte relève que ce dernier ne consulte plus depuis de nombreux mois et ne prend pas de médication antalgique quotidienne. Elle souligne aussi une incohérence entre l'intensité des douleurs et la traduction objective relativement pauvre sur le plan physique, évoquant un comportement d'amplification. Dans ce contexte, elle précise que les gonalgies bilatérales, le syndrome du tunnel carpien gauche, les douleurs de la cheville droite et les omalgies sont sans traduction clinique, respectivement non objectivées. En revanche, elle confirme que les cervicalgies et les lombalgies sont confirmées par l'imagerie médicale et sont stables depuis de nombreuses années, évoluant par poussées inflammatoires et devenant gênantes par épisodes. Elle en conclut que le recourant n'est plus en mesure de travailler en tant que soudeur, mais qu'une autre activité adaptée demeure envisageable à temps plein, avec une perte de rendement de 20%, depuis 2001. Une telle activité implique un changement de position assis-debout toutes les heures, une distance de marche de moins de 4 km, un port de charge limité à 8 kg et de manière moyennement répétitive, pas de travail en position à genou ou accroupie, éviter de travailler en rotations répétitives des cervicales et la tête basculée en arrière, et pas de buste en porte-à-faux. La

conduite est possible pour autant qu'elle soit limitée à une heure. Sur le plan psychiatrique ensuite, l'expert constate que le recours aux soins est absent sur le plan psychiatrique, le recourant évoquant principalement des difficultés liées aux douleurs. Il constate l'absence d'impact d'un trouble psychiatrique sur les domaines de sa vie et écarte la présence d'éléments suffisants pour retenir un bénéfice secondaire lié à la maladie. Il constate que le recourant a pu partir vivre au Portugal dans un contexte familial qui lui convient et duquel il tire ce dont il pourrait avoir besoin. Il assume son ménage, présente des relations sociales, et n'a pas eu de changement dans ses activités et centres d'intérêt qui ont toujours été peu investis. Il en conclut dès lors à l'absence de trouble psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail, ne retenant que le diagnostic non-invalidant de trouble de l'usage de l'alcool moyen. Les conclusions de la Dre N._____ et du Dr M._____ apparaissent dès lors bien motivées et convaincantes, de sorte qu'elles peuvent être suivies. Elles ne sont, au demeurant, pas expressément contestées dans les différents mémoires de recours. 6.2. Force est encore de constater que les conclusions des Drs N._____ et M._____ ne sont pas mises en doute par les autres pièces du dossier. On relève d'abord que les autres expertises réalisées vont globalement dans le même sens que celles de ces deux médecins. Ainsi, dans leur rapport d'expertise du 14 juin 2021, les prédécesseurs des Drs N._____ et M._____, à savoir les Drs J._____ et K._____, renaient pour seul diagnostic invalidant un syndrome lombo-vertébral et cervical, lequel perdure depuis 2021. Ces deux experts estiment

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 également que l'ancienne activité n'est plus exigible mais que le recourant est en mesure de travailler à temps plein dans une activité adaptée, compte tenu d'une perte de rendement de 10% (dossier OAI, doc. 180). Il apparaît ainsi que les conclusions de ces précédents experts, quand bien même ont-elles été écartées par l'OAI, vont globalement dans le sens des conclusions des Drs N._____ et M._____. S'ils renaient une perte de rendement plus faible, ces derniers proposaient des limitations fonctionnelles plus sévères, notamment concernant le port de charges. Cela explique la différence de 10% dans l'évaluation de la perte de rendement. Les Drs F._____, G._____ et I._____ mandatés par le tribunal cantonal vaudois dans le cadre de la procédure de 2007 à 2011, renaient également le diagnostic de syndrome lombo-vertébral chronique non déficitaire et de cervico-brachialgies droites chroniques. Ils estimaient qu'une activité adaptée était exigible à un taux de 80%, compte tenu d'une perte de rendement de 5% à 10%. Les travaux raisonnablement exigibles relevaient d'une activité bimanuelle, sans mouvement en porte-à-faux du tronc, permettant une alternance fréquente des positions (assise/debout), n'impliquant pas le port de charges moyennes et lourdes avec des déplacements modérés (dossier OAI, doc. 110). Les Drs N._____ et M._____ s'expliquent de manière suffisante sur la différence d'appréciation de la capacité de travail avec les précédents experts judiciaires, la mettant notamment en lien avec la spécialisation médicale. Au demeurant, la Cour constate que les limitations fonctionnelles prises en compte par les experts en 2010 étaient bien moins sévères que celles prises en compte par les Drs N._____ et M._____ en 2023, notamment au niveau du port de charges. A nouveau, cette différence dans les limitations fonctionnelles retenues explique la différence d'appréciation en matière de capacité de travail résiduelle. Enfin, dans son rapport d'expertise de 2000 réalisé pour le compte de l'assurance perte de gain maladie, le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, estimait déjà que l'assuré souffrait de lombalgies communes avec importante discordance entre la normalité du status et l'intensité des plaintes. Il renaient la présence d'une somatisation douloureuse chez un assuré fruste et

porteur d'un mode de « pensée opératoire » ainsi que d'une problématique conjugale et financière de degré sévère (dossier OAI, doc. 28). Il ne retenait aucune limitation fonctionnelle. 6.3. Cela dit, il appert que le recourant ne consulte plus régulièrement de médecin pour ses troubles somatiques. Le Dr Q. _____, médecin traitant, avait une appréciation différente de la situation. Dans son rapport le plus récent du 13 avril 2021, il retenait, en plus des cervicalgies et lombalgies, des omalgies et gonalgies ayant un impact sur la capacité de travail. Selon lui, son patient n'était en mesure de travailler qu'à 50 %, soit 2 à 3 heures par jour (dossier OAI, doc. 197 ; cf. aussi docs 16, 28, 99, 114, 146 et 169). Toutefois, cette consultation est ancienne, ce qui en réduit fortement la pertinence. Au demeurant, l'appréciation du Dr Q. _____ avait déjà été écartée par les juges du Tribunal cantonal du canton de D. _____ dans leur arrêt du 20 mai 2011. Quant au Dr R. _____, médecin portugais, il évalue essentiellement la question du dommage corporel selon le barème portugais d'évaluation des accidents de travail et des maladies professionnelles, à savoir une notion semblable à celle d'atteinte à l'intégrité dans la législation suisse. Il s'agit d'une problématique d'assurance-accident (art. 24 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, LAA; RS 832.20) et non d'assurance-invalidité. Lorsqu'il aborde la question de la capacité de travail pertinente en l'espèce, il se contente d'affirmer que « l'expertisé est incapable pour le travail habituel », et que ses potentialités de réinsertion sont limitées par une

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 formation scolaire rudimentaire (dossier OAI, doc 146). En d'autres termes, ce médecin confirme implicitement que l'assuré est médicalement apte à une activité adaptée, mais que des obstacles d'ordre socio-économique en compromettent la faisabilité, ce qui est sans incidence en droit suisse, qui adopte une approche biomédicale de l'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). Enfin, à l'appui de son recours, le recourant produit différents articles, lesquels ne sont pas susceptibles de mettre en doute une appréciation médicale, qui plus est d'une expertise. Quant aux extraits des écritures de ses précédents mandataires, ils ne concernent pas l'expertise des Drs N. _____ et M. _____. Les autres pièces du dossier ne permettent pas de modifier cette appréciation. 6.4. Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant n'est plus en mesure de travailler en qualité de soudeur, mais demeure en mesure de travailler à temps plein, compte tenu d'une diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée. Il doit pouvoir alterner les positions assis-debout au moins une fois par heure, ne pas marcher plus de 4 kilomètres par jour et ne pas porter de charges supérieures à 8 kg, ce de manière uniquement modérée et non répétitive. Il lui est contre-indiqué de travailler en position accroupie ou à genoux, d'effectuer des mouvements répétitifs de la nuque, de maintenir la tête en extension (basculée en arrière), ou d'adopter des postures avec le buste en porte-à-faux. La conduite de véhicules reste possible, mais doit être limitée à des trajets d'une durée maximale d'une heure. Il en résulte que la capacité de travail n'a pas connu d'évolution significative depuis l'année 2007. 7. Calcul du degré d'invalidité 7.1. A l'appui de ses conclusions, le recourant se plaint également de ce que le calcul de son degré d'invalidité se base sur les chiffres de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Il estime que son usage est incompatible avec la Constitution et la Convention Européenne des droits de l'Homme, car il existe une différence entre les salaires des hommes et des femmes propres à l'un ou l'autre de ces deux genres. Cependant, l'usage de l'ESS dans le cadre de la comparaison des revenus est conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral tant en matière de revenu de valide (arrêt du TF 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3) que d'invalidité (ATF 143 V 295 consid. 2.2; 129 V 472 consid. 4.2.1),

rendant les griefs du recourant à cet égard d'emblée sans objet. Au demeurant, on ne saurait voir dans le fait que les statistiques comprennent un salaire inférieur pour les femmes que pour les hommes comme contraire à l'égalité dans le contexte du calcul du degré d'invalidité. En effet, une violation du principe de l'égalité de traitement existe lorsqu'une décision établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait ou lorsqu'elle omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, c'est-à-dire lorsque ce qui est semblable n'est pas traité de manière identique et lorsque ce qui est dissemblable ne l'est pas de manière différente. Il faut que le traitement différent ou semblable injustifié se rapporte à une situation de fait importante (ATF 133 I 249 consid. 3.3 et les arrêts cités). Tel n'est pas le cas en l'espèce, dès lors qu'une femme se verra attribuer, tant pour le revenu de valide que pour celui d'invalidé, un montant statistiquement inférieur à celui d'un homme, en conformité avec les données

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 statistiques utilisées. Cette différence de traitement reflète simplement les différences effectivement constatées sur le marché du travail. Dans ce contexte, le grief tiré du principe de l'inégalité de traitement ne peut être suivi. 7.2. Cela étant, s'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondée sur les chiffres de l'ESS en raison de l'éloignement de l'assuré du marché du travail depuis 23 ans (licenciement avec effet au 30.11.2000, motivé par une réorganisation au sein de l'entreprise). A ce stade, il est pris acte de la demande du recourant qu'il soit fait usage du calculateur national de salaire du Seco (disponible à l'adresse: <https://entsendung.admin.ch/Lohnrechner/home>). La jurisprudence ne s'est pas prononcée quant à l'usage spécifique de ce calculateur. En revanche, lorsqu'il s'est agi de fixer le degré d'invalidité, le Tribunal fédéral a toujours privilégié l'ESS à l'ancien outil salarium, de fonctionnement semblable (arrêts TF 9C_359/2018 du 31 août 2018 consid. 4.2, et 8C_486/2013 du 8 novembre 2013 consid. 4). Quoi qu'il en soit, il apparaît que les paramètres utilisés par le recourant pour déterminer son revenu de valide ne correspondent ni à l'année pertinente, ni à une activité de soudeur (branche 24-25 Métallurgie, fabr. produits métalliques), ni à une donnée nationale. Partant, on peut se référer au revenu de CHF 5'455.00, tel que tiré de l'ESS 2018 (TA1_tirage_skill_level, branche 24-25, niveau 1, hommes). Ce montant étant calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle de travail dans la branche est de 41.4 heures, il doit être augmenté à CHF 5'645.95. 7.3. S'agissant ensuite du revenu avec invalidité, l'OAI s'est fondé sur le revenu statistique médian selon les chiffres de l'ESS 2018. Selon la jurisprudence, lorsqu'il est fait application des chiffres de l'ESS, il convient de se fonder en règle générale sur les salaires mensuels ressortant de l'ESS, singulièrement le tableau TA1, à la ligne "Total Secteur privé" (arrêt du TF 8C_458/2017 du 6.8.2018 consid. 6.2.3). 7.3.1. Partant, c'est à juste titre que l'OAI s'est basée sur un montant de CHF 5'417.00 (TA1_tirage_skill_level, total des salaires, niveau 1, hommes). Calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures alors que la durée usuelle est de 41.7 heures, il doit être augmenté à CHF 5'647.20. Compte tenu d'une perte de rendement de 20%, cela correspond à un montant de 4'517.75. Au vu de ce qui précède, reste à examiner s'il est nécessaire de réduire ce montant en tenant compte d'un désavantage salarial. 7.3.2. S'agissant des limitations fonctionnelles, on constate que les troubles rhumatologiques limitent l'assuré dans le port de charge de moins de 8 kg et lui imposent plusieurs restrictions dans ses positions. De telles limitations ne sont pas suffisamment significatives pour reconnaître un désavantage salarial aux yeux de la jurisprudence (cf. not. arrêt TF 8C_103/2024 dz 4 mars 2025 consid. 5.2). S'agissant ensuite des critères de la nationalité et de la catégorie de permis de séjour, compte tenu de la

comparaison entre deux statistiques, ils ne sauraient trouver application. En effet, lorsque les revenus des personnes valides et invalides sont déterminés à l'aide des valeurs statistiques, comme c'est le cas ici, les revenus potentiellement plus bas des personnes assurées étrangères sont déjà pris en compte des deux côtés. Par conséquent, une déduction du salaire tabulaire n'entre en

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 principe pas en ligne de compte (arrêt TF 8C_253/2024 du 31 janvier 2025 consid. 5). Un raisonnement semblable peut être tenu s'agissant de l'âge. Enfin, nous rappelons que les facteurs tels que le manque de formation, les difficultés linguistiques et le long éloignement du marché du travail ne constituent pas des circonstances susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité (arrêts du TF 9C_663/2020 du 11 août 2021 consid. 4.1; 9C_423/2019 du 23 janvier 2020 consid. 6.2; 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6). Il s'agit de critères d'abattement qui ne sont pas reconnus par la jurisprudence. Dans de telles circonstances, c'est à juste titre et sans violation de son pouvoir d'appréciation que l'OAI n'a pris en compte aucun désavantage salarial. Partant, le revenu avec invalidité doit être fixé à CHF 4'517.75. 7.4. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 5'645.95 et d'un revenu avec invalidité de CHF 4'517.75, il subsiste une perte de gain de CHF 1'128.20. Cela correspond à un degré d'invalidité de 19,98%. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente. Sous cet angle et au vu du taux inférieur à 20%, la prise en compte d'un abattement forfaitaire de 10% pour cause de désavantage salarial à partir du 1er janvier 2024 n'a pas eu pour conséquence de porter le taux d'invalidité au-delà du seuil de 40% (cf. le taux de 29,84% retenu à partir du 1er janvier 2024). 8. Sort du litige – frais et indemnité de partie Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, le recours du 3 mai 2024 est rejeté et la décision du 8 avril 2024 confirmée. Au vu du rejet du recours, il n'est pas octroyé de dépens. Les frais de procédure de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe ; ils sont compensés par l'avance de frais du même montant déjà versée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas octroyé de dépens. III. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant ; ils sont compensés par l'avance de frais de CHF 800.- versée. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 25 juillet 2025/pte Le Président Le Greffier

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.